

УДК 617.53-006.2: 616.233-006.6

**О.Г. Плаксивий, О.М. Слободян, І.В. Калуцький, А.Л. Філінський**  
 ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

## ПОЗАОРГАННІ ПУХЛИНИ ШИЇ ЯК РЕЗУЛЬТАТ МАЛІГНІЗАЦІЇ БІЧНОЇ КІСТИ

**Резюме.** Бічні кісти з’являються внаслідок порушення ембріогенезу первинної глотки, II і III зябрових кишень, можуть виникати в будь-якому віці, частіше у дітей та юнаків. Клінічні випадки підтверджують тактику, що бічні кісти необхідно видаляти, оскільки із них може розвинутися бронхіогенний рак. Хворих шкільного віку і дорослих пацієнтів слід оперувати відразу після виявлення захворювання, у маленьких дітей краще видаляти кісту по досягненню 3-річного віку.

**Ключові слова:** бічна кіста, біопсія, малігнізація.

Причиною виникнення бічних кіст є порушення ембріогенезу первинної глотки, II і III зябрових кишень, можуть виникати в будь-якому віці, частіше у дітей та юнаків [1-4].

Бічна кіста шиї – це мішкоподібне утворення овальної форми, що розміщується в ділянці сонного трикутника, хоча може розповсюджуватися на серединні та нижні відділи шиї. Діаметр у середньому становить 5-6 см. Локалізується попереду груднинно-ключично-соскоподібного м’яза і візуалізується як обмежене пухлиноподібне утворення (частіше в межах сонного трикутника). Шкіра над ним не змінена, при ковтальних рухах утворення не зміщується. Під час пальпації має відносно чіткі межі, м’яко- чи щільноеластичну консистенцію, безболісна. Порушення дихання, ковтання, фонації та загального стану при звичайного клінічного перебігу не спостерігається.

Під спостереженням знаходився хворий 57 р., який звернувся за консультацією в липні 2011 року з діагнозом “бічна кіста шиї справа”. Діагноз було виставлено на підставі клінічних даних, УЗД і діагностичної пункції кісти. Рекомендовано оперативне лікування від якого хворий відмовився. Хворого в ургентному порядку госпіталізовано до ЛОР-центру ОКЛ з флегмоною шиї в результаті нагноєння бічної кісти шиї у 08.2011 року з гіпертермією 40°C і відповідним місцевим статусом. Проведено розтин флегмони по передньому краю груднинно-ключично-соскоподібного м’яза, отримано 100-120 мл гною, проведено промивання порожнини, дренивання. Рана велась відкрито, отримував антибіотики і дезінтоксикаційну терапію. Виписаний з рекомендацією вида-

лення бічної кісти шиї через один місяць у плановому порядку. В зв’язку з деякими характерологічними особливостями і побоюванням оперативного втручання хворий з’явився до ЛОР-центру ОКЛ 13.04.2012 р.: діагностовано кам’янистої щільності інфільтрат бічної поверхні шиї з нерівними краями бхбх5 см, післяопераційний рубець, пальнуються поодинокі лімфовузли. Ендоскопічно з боку ЛОР-органів – без відхилень. На УЗД м’яких тканин шиї – об’ємне утворення у верхній третині шиї справа розміром 30-50 мм, овальної форми, контури нечіткі, ехогенність знижена, структура неоднорідна, візуалізуються надключичні лімфовузли, розмірами до 20,0 мм. Хворому проведена біопсія. Під час операції визначається щільний конгломерат з рубцевої тканини, спаяний з лімфовузлами, що лежить на судинно-нервовому пучку шиї. Частина конгломерату з лімфовузлами взято на гістологічне дослідження. Результат гістологічного дослідження: *Carcinoma planocellularae akeratodes*, вірогідно внаслідок озлоякіснення бічної кісти шиї. Хворому проведено курс внутрішньоартеріальної регіональної хіміотерапії з ТТТ в результаті якого наступило покращення з неповним регресом пухлини. У 2015 році в зв’язку з профузною кровотечею хворий помер.

Даний випадок підтверджує тактику, що бічні кісти необхідно видаляти, оскільки із них може розвинутися бронхіогенний рак. Хворих шкільного віку і дорослих пацієнтів слід оперувати відразу після виявлення захворювання, у маленьких дітей краще видаляти кісту по досягненню 3-річного віку.

### Список використаної літератури

1. Дергачев А.И. Эхография в диагностике и лечении бронхиальных кист шеи / А.И. Дергачев, А.А. Ильин // *Sonoace-international*. – 2001. – № 9. – С. 12-17.
2. Манакова Л.Н. Бичная киста шеи / Л.Н. Манакова, А.А. Блоцкий, Е.С. Еланская // *Вестн. оториноларинголог.* – 2006. – № 1. – С. 65-66.
3. Черенько М.П. Диагностика и хирургическое лечение боковой кисты и свища шеи / М.П. Черенько // *Клін. хірург.* – 1993. – № 2. – С. 3-6.
4. Ahuja A.T. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases / A.T. Ahuja, A.T. King, C. Metreweli // *Am. J. Neuroradiol.* – 2000. – V. 21, № 2. – P. 315-319.

### ВНЕОРГАНЫХ ОПУХОЛИ ШЕИ КАК РЕЗУЛЬТАТ МАЛИГНИЗАЦИИ БОКОВОЙ КИСТЫ

**Резюме.** Боковые кисты появляются в результате нарушения эмбриогенеза первичной глотки, II и III жаберных карманов, могут возникать в любом возрасте, чаще у детей и юношей. Клинические случаи подтверждают тактику, что боковые кисты необходимо удалять, так как из них может развиться бронхиогенный рак. Больных школьного возраста и взрослых пациентов следует оперировать сразу после выявления заболевания, у маленьких детей лучше удалять кисту при достижении 3-х летнего возраста.

**Ключевые слова:** боковая киста, биопсия, малигнизация.

### EXTRA-ORGAN NECK TUMORS AS A RESULT OF MALIGNANCY OF LATERAL CYST

**Abstract.** Lateral cysts occur as a result of embryogenesis disorders of the primary pharynx, II and III gill pockets, they can occur at any age, most often in children and young adults. Clinical cases confirm the tactics that lateral cysts require removal, as they can stipulate development of branchial cancer. Sick school children and adults should be operated immediately after the detection of diseases, in young children cyst should be removed at the age of 3 years of age.

**Key words:** lateral cyst, biopsy, malignancy.

Higher State Educational Establishment of Ukraine  
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 17.03.2016 р.  
Рецензент – проф. Боднар О.Б. (Чернівці)